

REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA
CENTRO DI OPTALMOLOGIA

Oggetto AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la
classe _____ sez _____ della scuola primaria

AUTORIZZA

L'esecuzione di prestazioni sanitarie (esame ortottico e visus), previste dal DPR n° 1518 del 22/12/1967 e della Circolare Ass. Reg. Sanità n.° 583 del 1991, nonché dai programmi di previsione Regionali ed aziendali. Tali prestazioni saranno eseguite nell'arco dell'anno scolastico in corso.

Firma del Genitore

Vittori _____

REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA
CENTRO DI OPTALMOLOGIA

Oggetto AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la
classe _____ sez _____ della scuola primaria

AUTORIZZA

L'esecuzione di prestazioni sanitarie (esame ortottico e visus), previste dal DPR n° 1518 del 22/12/1967 e della Circolare Ass. Reg. Sanità n.° 583 del 1991, nonché dai programmi di previsione Regionali ed aziendali. Tali prestazioni saranno eseguite nell'arco dell'anno scolastico in corso.

Firma del Genitore

Vittori _____

REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA
CENTRO DI OPTALMOLOGIA

Oggetto AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la
classe _____ sez _____ della scuola primaria

AUTORIZZA

L'esecuzione di prestazioni sanitarie (esame ortottico e visus), previste dal DPR n° 1518 del 22/12/1967 e della Circolare Ass. Reg. Sanità n.° 583 del 1991, nonché dai programmi di previsione Regionali ed aziendali. Tali prestazioni saranno eseguite nell'arco dell'anno scolastico in corso.

Firma del Genitore

Vittori _____
